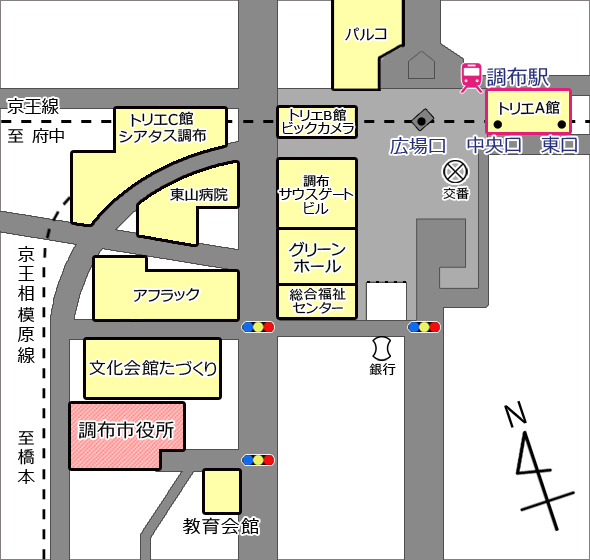
**令和４年度 第１回 介護福祉士実習指導者講習会　申込用紙**

|  |
| --- |
| **送信先：公益社団法人 東京都介護福祉士会　事務センター**  **E-mail: tokaigo-seminar@bunken.co.jp　　　FAX　03-5227-8631** |

**※原則、すべての情報をご記載いただきますようお願いいたします。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **性別** | **男　・　女** |
| **氏　　名** |  | **生年月日**  **（必須）** | **西暦　　　年　　月　　日** |
| **会員番号** | **会 員（１３０ （他県会員可）） ・ 非 会 員** | | |
| **自宅住所** | **(〒　　　－　　　　)修了証に自宅住所が記載されます。必ずご記入ください。**  **ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ** | | |
| **携帯番号** |  | | |
| **メールアドレス** |  | | |
| **勤務先名** |  | | |
| **勤務先住所** | **(〒　　　－　　　　)**  **ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ** | | |
| **受講票送付先**  **どちらかに○** | **自 宅　　　　・　　　　勤 務 先** | | |
| **連絡手段**  **いずれかに○** | **メール　・　自宅FAX　・　勤務先FAX** | | |

**※ご記入いただいた個人情報は本研修に関する連絡のみに使用し、その他の目的には使用しません。**

－会場地図－　　　　　　　　　●カリュキュラム２５時間

|  |  |
| --- | --- |
| **科目名** | **時間数** |
| **介護の基本** | **（２）** |
| **実習指導の理論と実際** | **（４．５）** |
| **介護過程の理論と指導方法** | **（６）** |
| **スーパービジョンの意義と活用及び学生理解** | **（７）** |
| **実習指導の方法と展開** | **（３）** |
| **実習指導における課題への対応** | **（１．５）** |
| **実習指導者に対する期待** | **（１）** |

職務経歴書（実務経験自己申告書）

会員番号　　　　　　　　　　　名前

　介護福祉士実習指導者講習会の受講申込みにあたり、**介護福祉士資格登録後**の実務経験を次のとおり

申告します。

１．介護福祉士登録日：　　昭和 ・平成 　　 　年（西暦　　 　　年）　　 　月 　 　　日

２．職務経歴（実務経験**※**申告）：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 勤務期間 | 勤務先（法人名・施設名） | 施設種別 | 職種 | 勤務形態  （週あたり労働日数） |
| **【記入例】**  2005年4月23日  ～  2007年3月31日  ※介護福祉士登録日以降の日付を記載 | 社会福祉法人〇〇会  特別養護老人ホーム  　　○○○○苑 | 特別養護老人ホーム | 介護職員 | 常勤 ・ 非常勤（週 ５ 日） |
|  |  |  |  | 常勤 ・ 非常勤（週 日） |
|  |  |  |  | 常勤 ・ 非常勤（週 日） |
|  |  |  |  | 常勤 ・ 非常勤（週 日） |
|  |  |  |  | 常勤 ・ 非常勤（週 日） |
| ２０２２年　７月　１日 現在で　　実務経験（合計）　　　　年　　　　　か月  ※３年以上の実務経験があることを必ず確認してください | | | | |

【注意】・介護福祉士登録後の実務経験**※**のみを記入すること

・勤務期間の古い順に、現在に至るまでの実務経験**※**をすべて記入すること

※ 実務経験は、介護福祉士国家試験の実務経験に準じます（それ以外の職務経歴は記入しないでください）。

したがって、「介護支援専門員」「施設長」等は実務経験として算定できません。

３年以上の実務経験がない場合は受講できません。

実務経験の申告に誤りがあった場合は、受講後でも修了を取り消します。その際、受講料等は一切返金いたしません。

職務経歴（実務経験）については、上記のとおり相違ありません。

（記入日） 　 　　　年　　 　月　　　日

署 名